

(modulo B)

***RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE***

Comune di.....

Via N°

La variazione è richiesta per i seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

CHIEDE

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola
sopra citata per l'anno scolastico

Si allega documentazione del medico pediatra o allergologo .

Data

Firma